

Termo de Ciência e Consentimento

TORACOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____

Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Convênio: _____

Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro
que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

Toracocentese guiada por Ultrassom

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui informado(a) que a toracocentese consiste na retirada de líquido do espaço pleural (também conhecido com "água na pleura"), localizado ao redor do meu pulmão, através da introdução de uma agulha entre as minhas costelas. Também fui informado(a) que, para auxiliar na identificação do local de introdução da agulha, diminuindo assim a chance de complicações, um aparelho de ultrassom será utilizado.

Entendi que a retirada desse líquido do espaço pleural vai permitir a análise do mesmo no laboratório, ajudando assim o(a) meu(minha) médico(a) a descobrir a causa do seu acúmulo. Além disso, dependendo da quantidade de líquido retirado, posso melhorar alguns sintomas respiratórios imediatamente após o procedimento, como falta de ar e tosse.

Estou ciente de que a toracocentese é um procedimento geralmente bem tolerado, podendo inclusive ser realizado na beira do leito, mas que pode estar associado a complicações como dor ou sangramento no local da punção, tontura, e desmaio. Essas complicações geralmente não trazem maiores repercussões clínicas e são controladas rapidamente. Pneumotórax (colapso do pulmão) pode ocorrer em até 4% dos procedimentos mesmo com o uso do ultrassom, mas a maioria dos eventos são leves e apenas 1/3 deles necessitam de um dreno de tórax para expandir o pulmão. Hemotórax (sangramento para dentro do espaço pleural) é ainda mais infrequente, e também exige

Termo de Ciência e Consentimento

TORACOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

a colocação de um dreno de tórax para a retirada do sangue. A necessidade de cirurgia para controle do hemotórax existe, mas é muito rara. Outras possíveis porém raras complicações são: infecção, edema pulmonar de re-expansão ("água no pulmão"), e perfuração de órgão intra-abdominais.

Compreendi que apesar da alta probabilidade de sucesso, não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independente da boa técnica utilizada durante o procedimento.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão apresentar-se outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergências que necessitem mudanças e adaptações do procedimento proposto.

Fui informado(a) que, quando a toracocentese é indicada, as alternativas são: (1) a não realização do procedimento, ou (2) a realização de procedimentos cirúrgicos mais invasivos como pleuroscopia ou toracoscopia assistida por vídeo. Fui informado(a) também sobre as consequências de não realizar o procedimento da forma indicada.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

Autorizo a realização de filmagens / fotografias do procedimento (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a), sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Termo de Ciência e Consentimento

TORACOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital Córdio Pulmonar.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____ : ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____ : ____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____